

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

57

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1895, à 1 heure

Par B. W. LENOBLE

Né à Bazas (Gironde), le 20 juin 1868
De la clinique nationale des Quinze-Vingts

DE LA
CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. } PROUST, professeur.
 } ALBARRAN, WURTZ, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

57

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1895, à 1 heure

Par B. W. LENOBLE

Né à Bazas (Gironde), le 20 juin 1868
De la clinique nationale des Quinze-Vingts

DE LA

CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

Président : M. PANAS, professeur.
Juges : MM. } PROUST, professeur.
 } ALBARRAN, WURTZ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.	FAUCONNIER	MARFAN	SCHWARTZ
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEU	POIRIER, chef des tra-	VARNIER
BROCA	HARTMANN	vaux anatomiques.	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTERER	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVENT	LETULLE	ROGER	WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, MON MEILLEUR AMI

A MON MAITRE

LE DOCTER CHEVALLEREAU

Médecin à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0039

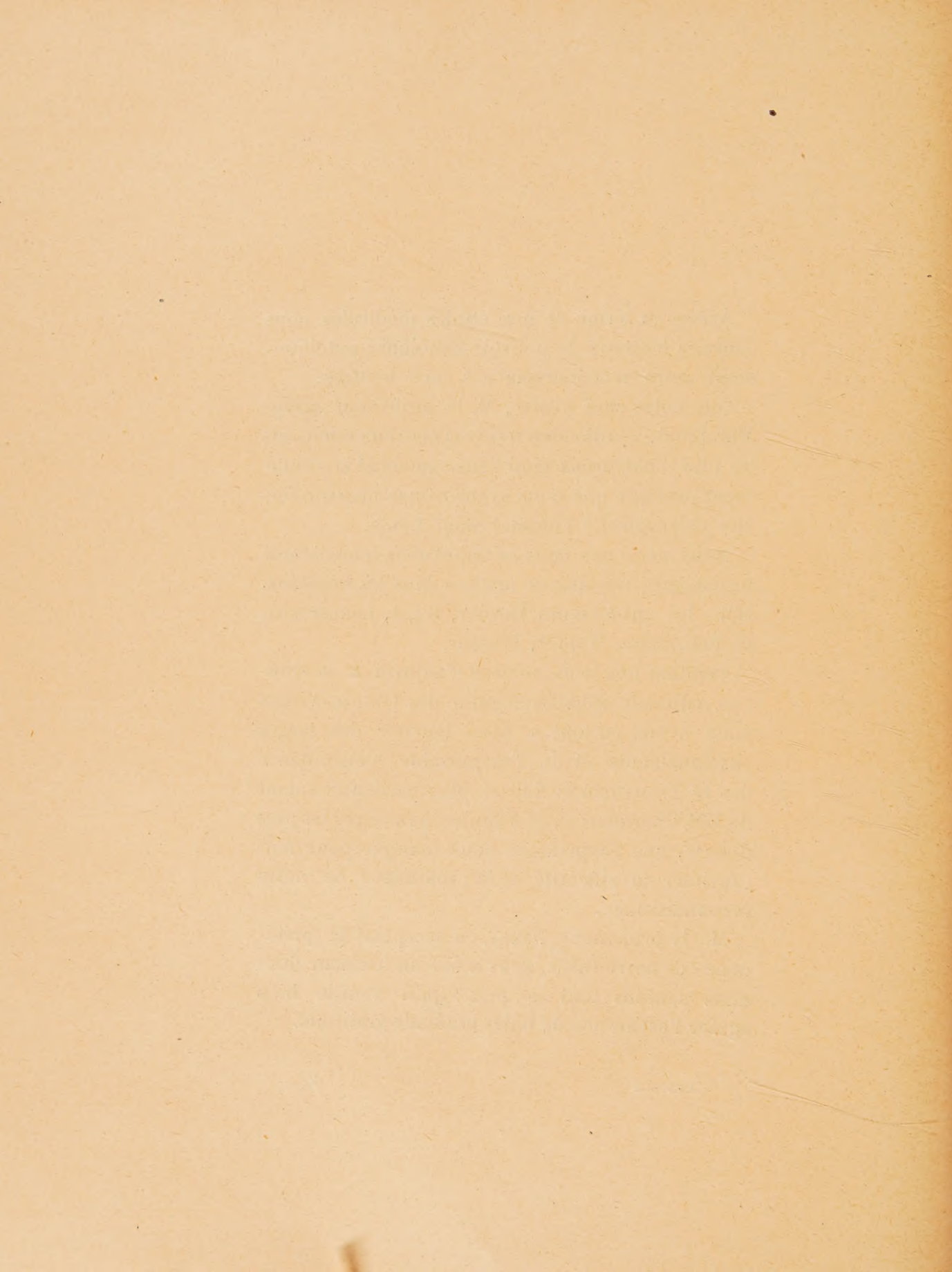
Arrivé au terme de nos études médicales nous sommes heureux de pouvoir témoigner publiquement notre reconnaissance à nos maîtres.

Que notre cher maître, M. le professeur agrégé Marchand, veuille bien recevoir nos remerciements les plus chaleureux pour l'enseignement si savamment pratique que nous avons trouvé dans son service chirurgical à l'hôpital Saint-Louis.

Nous associons dans ce tribut de reconnaissants hommages, nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Tarnier, Rigal, Lancereaux, de Beurmann, Tapret, Faisans.

Pendant nos trois années d'adjuvat à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts nous avons eu tant à nous féliciter des larges enseignements et de l'inépuisable bienveillance des D^r Trousseau et Kalt et plus particulièrement de MM. Chevallereau et Valude, nos maîtres les plus directs, que l'expression nous manque pour leur exprimer la sincérité et la profondeur de notre reconnaissance.

M. le professeur Panas, en acceptant la présidence de notre thèse, nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix : qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre profonde gratitude.



DE LA

CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

I

Les affections des parties externes de l'œil sont depuis fort longtemps l'objet des descriptions aussi exactes que minutieuses, ce qui tient d'une part à leur fréquence considérable, d'autre part à la facilité de l'examen de la région. La rareté relative de la conjonctivite printanière explique de la même façon la variété des tableaux qui en ont été donnés. Il nous a paru intéressant de vérifier chacun d'eux sur six cas que nous observons depuis cinq mois dans le service de notre si sympathique maître, le D^r Chevallereau, à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, et de décrire à notre tour l'affection que l'on doit comprendre à notre avis, sous le nom de conjonctivite printanière.

Nous ne saurions rien ajouter à l'expression de gratitude que nous manifestions plus haut à notre cher maître, qu'il nous soit cependant permis de le remercier de nouveau des bons conseils qu'il nous a prodigués pour la rédaction de notre thèse ainsi que de l'observation d'un septième cas prise récemment à notre intention dans sa clientèle particulière.

II

L'histoire de la maladie nous fait assister à la découverte successive de chacun des symptômes de l'affection.

Arlt, le premier, en 1846, la décrit comme une kératite lymphatique.

Desmarres signale ensuite un symptôme capital l'hypertrophie péri-kératique, puis Von Græffe en la décrivant comme « un épaissement gélatineux » et Hirschberg comme une « phlyctena pallida » donnent une meilleure idée de son aspect et de sa coloration que de sa consistance et de sa nature.

Sœmisch signale le premier l'influence saisonnière et l'appelle catarrhe printanier, expression qui donne une fausse idée de la maladie.

Horner découvre ensuite un état particulier des conjonctives.

Enfin Fuchs dans son *Manuel d'ophtalmologie* donne une description complète de la maladie. Nous n'aurions donc pas entrepris ce travail si Couetoux de Nantes et Teteau n'en avaient nié les principaux caractères ; si de Wecker et Masselon ne décrivaient sous le même nom une affection dont nous n'avons rencontré aucun exemple. De même nous ne reconnaissons guère que le premier de l'affection que nous décrirons plus loin dans « la variété dite printanière (de la conjonctivite phlyctémulaire) » frukjahrskatarrh des Allemands » décrite comme une entité par Brockhaus et surtout Sæmish n'offre de spécial que sa périodicité saisonnière. Elle revêt habituellement la forme de grosses pustules à bords indurés au niveau du limbe. Comme il ne se fait pas de sécrétion et que la cornée reste indemne le pronostic n'est pas sérieux, d'autant plus qu'elle s'attaque à des enfants et à des adolescents de 3 à 17 ans dont la santé laisse peu à désirer » de M. le professeur Panas.

III

Nos observations personnelles d'accord en cela avec la plupart des auteurs montrent clairement :

Qu'on ne rencontre jamais la conjonctivite printanière avant 4 ans (sauf un cas de Fuchs) et

qu'on ne la rencontre plus après la puberté, sauf un deuxième cas de Fuchs.

Que le sexe masculin paie seul un tribut à la maladie qui attaque le plus souvent les deux yeux à des degrés divers.

Selon de Wecker elle frapperait « constamment des enfants en apparence bien portants et ne présentant nullement des symptômes de scrofule » c'est aussi l'opinion du professeur Panas et la nôtre. Couetoux et Teteau au contraire ont toujours rencontré des affections concomitantes du nez ou de l'arrière-bouche. Nos observations personnelles nous rendent plus éclectique, car si plusieurs de nos malades présentaient des végétations adénoïdes ou de la gourme, d'autres n'en présentaient aucune trace. Nous sommes cependant convaincu que dans certains cas il existe une relation de cause à effet entre les lésions pharyngo-nasales et celles de la conjonctivite. Mais le mode d'action nous échappe. Est-ce par migration d'un agent infectieux ou par propagation d'une inflammation de voisinage ? Cette dernière manière de voir nous paraît d'autant plus vraisemblable que Fuchs dit avoir fait de nombreuses analyses microbiologiques infructueuses et que les végétations adénoïdes, affection qui coexiste le plus souvent, ne sont pas de nature infectieuse.

Dans deux de nos observations il semble que l'état antérieur de la conjonctive, les malades étaient granuleux, ait facilité l'éclosion

de la maladie. Dans un autre cas l'affection s'est déclarée chez un malade que nous avons reconnu atteint de conjonctivite catarrhale l'année précédente, il est permis de croire que le cataracte fut la cause occasionnelle. Ce qui pousse encore à considérer la conjonctivite printanière comme une forme particulière de conjonctivite chronique.

L'humidité semble dans deux de nos observations la cause occasionnelle, dans un cas la maladie se déclara après un séjour d'un an dans une habitation neuve fort humide, et un autre cas se manifesta chez un jeune homme, à dater des premiers mois où il aida son père dans sa profession de pêcheur, profession d'ailleurs incriminée par plusieurs auteurs.

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle.

IV

L'œil atteint de conjonctivite printanière présente une coloration particulière qui nous a paru constante, quel que fût l'âge de la maladie et si caractéristique qu'elle nous a mis au moins une fois sur la voie du diagnostic. La conjonctive bulbaire paraît comme teinte en rose saumon tirant sur le jaune. Cette coloration est particulièrement

nette sur les parties latérales du globe qui sont moins vascularisées que les autres parties. Elle persiste après tous les autres symptômes.

Sur ce fond rose saumon on voit de gros vaisseaux conjonctivaux tortueux, de longueurs, de calibres inégaux venant des culs-de-sac et se dirigeant vers la cornée comme les rayons d'une roue gagnent leurs moyeux mais sans l'atteindre tels enfin qu'on les rencontre dans la plupart des conjonctivites chroniques.

Mais le symptôme capital, celui qui fut l'objet de la description des premiers auteurs, celui auquel seul nous accordons une valeur pathognomonique, est l'épaississement péri-kératique de la conjonctive bulbaire. Il semble d'après la description des différents auteurs et nos propres observations, débiter par une ou plusieurs petites élevures d'un millimètre environ, siégeant sur les arcs cornéens intérieurs et extérieurs compris dans les angles formés par l'écartement des paupières. C'est au sommet de ces angles au dire de tous nos malades que les yeux ont commencé à rougir. Plus tard seulement sont apparues les petites élevures. L'un d'eux ne s'était même pas aperçu de leur présence quand il vint nous voir, il est vrai que l'année précédente nous l'avions vu, il n'en existait pas trace. Ces tubercules se présentent sous un aspect typique, ils ressemblent à un phlyctène à contenu solide, gélatiniforme, de consistance dure ne s'ulcérant jamais. Leur colora-

tion est blanchâtre, opaline, l'épithète de « phlyctena pallida » d'Hirscheberg rend à merveille l'aspect d'un tubercule isolé. Nous n'avons jamais trouvé ces tubercules isolés sur la conjonctive, autre part que sur le limbe, comme en décrivent de Wecker et Masselon.

Quand il en existe plusieurs, ce qui est le cas habituel, elles sont généralement très rapprochées.

A un degré plus avancé les tubercules sont suffisamment nombreux et suffisamment rapprochés pour former un bourrelet continu présentant de légères bosselures accusant son mode de formation. Il présente les mêmes caractères de coloration et de consistance qu'un tubercule isolé, la longueur seule est accrue. On dirait un morceau de vermicelle fin bien cuit, un petit cordonnet de lard posé sur le bord de la cornée. Il existe généralement un bourrelet à la partie interne de la cornée, un autre à sa partie externe comme il y a au degré précédent deux groupes de tubercule. Ils peuvent s'étendre au point de cercler la cornée par leur fusion. Dans une de nos observations le bourrelet et un pannus granuleux coexistant forment comme une bague et son chaton, le bourrelet se perdant dans le pannus. Son aspect est vraiment « gélatiniforme » comme le décrit Von Græffe, mais sa consistance est très résistante. Pas plus que les tubercules isolés il n'envahit jamais la cornée et bien que la recouvrant légèrement il ne la touche pas. Un cas de Fuchs où une partie de la

cornée fut recouverte nous étonne. Un autre fait vient pourtant à l'appui du précédent. Le D^r Chevallereau observa un enfant de 13 ans environ portant sur tout le pourtour de la cornée un bourrelet régulier et assez saillant empiétant de 3 millimètres environ sur cette membrane.

Au niveau de ces bourrelets la conjonctive épaissie est parcourue par un lacis de vaisseaux n'atteignant pas la cornée dont ils sont séparés par le bourrelet.

Nous avons scrupuleusement examiné les conjonctives palpébrales, nous n'avons pas trouvé exactement « les papilles larges et aplaties de telle manière que la surface de la conjonctive ressemble à un pavement grossier et irrégulier », non plus que « le voile blanc bleuâtre » qui s'étend sur le tout « comme si on avait versé une mince couche de lait » Fuchs. Mais bien des papilles hypertrophiées rouges, formant une bande sur le bord supérieur du tarse, semblables à celles de la conjonctivite papillaire commune. Dans l'observation du D^r Chevallereau elles ont même l'apparence polypoïde, et la conjonctive inférieure nous a toujours paru lisse quoique cependant un peu pâle « le voile blanc bleuâtre » sans doute mais sans papilles sous-jacentes. N'ayant observé que des cas où les lésions de la conjonctive bulbaire et celle de la conjonctive palpébrale coexistaient, il nous est impossible de contrôler l'assertion de Fuchs, affirmant que les lésions palpé-

brales sont plus précoces et plus constantes que celles de la conjonctive bulbaire. Nous sommes assez porté à le croire d'après le mode de début dans les angles qu'accuse nos malades. En tout cas elles sont au moins aussi fréquentes, bien que Couetoux et Teteau aient nié jusqu'à leur existence.

Souvent il existe un léger catarrhe, les yeux sont collés le matin, mais ce signe est loin d'être constant et n'est guère accusé chez les malades que lorsqu'ils ont été exposés au vent ou à quelque autre cause irritant la conjonctive. Aussi croyons-nous que le nom de catarrhe printanier mérite d'être oublié.

Les renseignements fournis par les malades sont tous calqués sur le même type. A une époque déterminée de l'année, le plus souvent pendant les grandes chaleurs en juillet, août, quelquefois cependant en automne, les yeux deviennent le siège de cuissons, de sensation de gravier, de démangeaisons fort désagréables; à l'automne les symptômes s'amendent pour disparaître l'hiver. Puis la maladie recommence son cycle les années suivantes et pendant plusieurs années. Certains auteurs ont décrit des crises périodiques beaucoup plus rapprochées et ne coïncidant pas avec les saisons. Cette opinion nous paraît avoir été déterminée par ce fait que les patients souffrent beaucoup moins quand le temps couvert et humide abaisse la température, ces cas ne peuvent être

considérés comme une forme clinique de la maladie.

Les malades accusent peu de photophobie ; deux d'entre eux nous ont paru particulièrement sensibles à la lumière artificielle. L'un d'eux craignait davantage la lumière d'une lampe à huile (observation spontanée du malade) que celle du soleil. Le second ne manque jamais le soir quand il dîne d'interposer une bouteille entre lui et la bougie.

Chez tous nos malades sauf les deux granuleux l'Acuité visuelle égale l'unité.

Les symptômes objectifs et subjectifs n'ont point une marche parallèle. Les malades rapportent que leurs yeux ne dérougissent jamais même l'hiver quand ils ne souffrent plus. A ce moment un examen de l'œil montre que les lésions n'ont pas ou peu diminué.

V

La coloration rouge saumon, le bourrelet, l'hypertrophie des papilles conjonctivales, les anamnétiques rendent toute erreur impossible.

On ne saurait la confondre avec une conjonctivite phlycténulaire marginale. Ici les élevures sont des vésicules à contenu séreux, souvent il n'en existe qu'une : s'il y en a plusieurs, elles ne sont jamais aussi rapprochées ne forment jamais un bourrelet. La photophobie est beaucoup plus

marquée. Enfin l'âge peut être un élément précieux de diagnostic car la conjonctive printanière ne se rencontre que dans la seconde enfance et chez les adolescents. Elle peut récidiver plusieurs années de suite, mais dans les intervalles la guérison est complète.

L'épisléríte présente une vascularisation assez semblable par son apparence et son siège à celle qui avoisine le bourrelet de la conjonctivite printanière, mais ici les vaisseaux sous-jacents donnent à la conjonctive un aspect plus violet, ils ne se déplacent pas avec la conjonctive, de plus le bouton d'épisléríte est douloureux à la pression, coïncide souvent avec des troubles menstruels ou du rhumatisme.

La fièvre des foins débute à la même époque de l'année par un catarrhe oculaire, mais brusquement, violemment, en s'accompagnant de fièvre, d'asthme, de coryza, sa durée n'excède pas un mois, six semaines et ne présente jamais de lésions de la conjonctive bulbaire.

La conjonctivite granuleuse ne s'accompagne pas des mêmes lésions de la conjonctive bulbaire, car le pannus qui envahit la cornée ne ressemble en rien au bourrelet, il siège à la partie supérieure de la cornée, s'accompagne d'infiltration de la cornée même d'ulcération. Enfin les granuleux sont aussi incommodés l'hiver que l'été : la photophobie bien plus marquée, les granulations siègent sur toute la surface du tarse.

VI

Si l'on excepte les cas infiniment rares où la cornée peut être atteinte la conjonctive printanière est une affection bénigne car elle se termine par la guérison, sans trace aucune, au bout de quelques années.

Mais elle nous paraît beaucoup plus grave si nous considérons que la gêne continuelle et sa longue durée peuvent porter un préjudice grave au malade en le détournant fort longtemps de ses occupations habituelles.

VII

Les traitements les plus variés ont échoué jusqu'à ce jour.

Fuchs conseille pour calmer les douleurs le vinaigre dilué, une goutte d'acide acétique dans 20 gouttes d'eau (d'après les conseils de Van Millingen) ou l'instillation d'une solution boriquée à 3 0/0 et l'application suivant le conseil d'Arlt de la pommade au précipité jaune à 1 et 2 0/0.

Suivant Trousseau le véritable traitement est l'abstention, et l'emploi de pétrole brut, en badiageonnage sur les conjonctives deux fois par jour pour calmer les démangeaisons.

Sous l'influence de pointes de feu avec la pointe

fine du thermo sur les tubercules ou le bourrelet recouvrant le limbe scléro-cornéen, comme le pratique le D^r Chevallereau, nos malades éprouvent un soulagement marqué des phénomènes subjectifs dès la première séance. Nouvelle série de pointes de feu tous les huit jours ; au bout d'un mois les démangeaisons disparaissent complètement, l'injection conjonctivale diminue, le bourrelet s'affaisse, la coloration rouge saumon persiste, les papilles conjonctives de la paupière ne subissent également aucune modification.

Wimier et Despagnet conseillent, pour éviter les récides, les douches de vapeurs pendant l'hiver, avec l'appareil de Lorenzo.

Nous croyons qu'il serait utile de traiter les papilles d'une façon particulière par des cautérisations à l'alun qui nous ont donné de bons résultats dans le service du D^r Valude alors que nous étions son aide de clinique. Dans les cas où l'état granuloïde de la région tarsienne est très prononcé, on apportera au malade un grand soulagement en faisant sur cette région, tous les huit jours, après cocaïnisation, une friction avec un linge un peu rude. Les frictions en rendant la conjonctive plus lisse, diminuent le frottement sur la cornée.

Le traitement nasal et pharyngien a donné de trop beaux résultats aux D^{rs} Trousseau et Couetoux pour que nous proscrivions son usage, cependant les six cas guéris sans son intervention montrent qu'on peut s'en passer.

CONCLUSIONS

La conjonctivite printanière est une affection distincte des autres formes de conjonctivite. Elle est caractérisée par :

Son début au printemps, sa marche cyclique et sa longue durée ;

Des démangeaisons intenses ;

Sa prédilection pour le sexe masculin ;

Une coloration rouge saumon des conjonctives tirant un peu sur le jaune et absolument typique ;

Une injection conjonctivale très marquée ;

Un bourrelet conjonctival blanchâtre ou des tubercules de même couleur également durs ne s'ulcérant jamais, situés aux bords externe et interne de la cornée, ne l'envahissant que très rarement, formant un symptôme pathognomonique de l'affection ;

Des papilles hypertrophiées au bord supérieur du tarse ;

L'efficacité du traitement par les pointes de feu, combiné à un traitement nasal et pharyngien.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Maq..., 15 ans, homme, se présente à la consultation du D^r Chevallereau pour démangeaison de l'OG et du larmolement de l'OD.

A l'examen des yeux on trouve OD porteur d'une petite taie atteint de catarrhe.

OG présente une couleur rouge saumon uniforme de toute la conjonctive bulbaire qui est parcourue par de gros vaisseaux conjonctivaux venant des cils et convergeant vers la cornée sans l'atteindre. Sur le bord de celle-ci à sa partie interne, inférieure et inféro-externe, la conjonctive forme un bourrelet jaunâtre d'un millimètre d'épaisseur, de consistance très dure, ne se laissant pas déprimer avec un stylet. Recouvrant un peu la cornée mais sans la toucher.

La conjonctive palpébrale supérieure présente au bord supérieur du tarse de nombreuses papilles roses, rouges, qui lui donnent un aspect grossièrement velouté.

Quelques cils sont agglutinés en pinceau par des mucosités concrétées.

Le nez et l'oreille droite présentent de l'impétigo.

Le malade nous apprend que l'affection remonte à quatre ans.

En juillet 1891, il éprouva dans l'OG de vives démangeaisons, en même temps son œil commença à rougir par les angles.

Le malade souffre pendant la période de chaleur, avec quelque rémittence les jours pluvieux, les douleurs se calment en automne pour disparaître l'hiver et revenir en juillet 1892 suivre la même évolution. C'est pendant le deuxième paroxysme en 1892 que le malade s'est aperçu de la présence de plusieurs élevures blanchâtres à la partie externe de la cornée qui n'ont jamais disparu, non plus que la rougeur de l'œil, même l'hiver, et font des progrès chaque année.

Légère photophobie.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Traitement. — Par les pointes de feu appliquées sur le bourrelet tous les huit jours. Dès la première séance diminution des symptômes douloureux.

A la huitième le bourrelet s'est affaissé, les démangeaisons ont disparu, mais l'œil conserve encore son aspect rouge saumon. Le malade cesse de venir à la consultation depuis plusieurs mois.

OBSERVATION II

Bouv..., 10 ans, homme, est amené à la consultation par sa mère, parce que ses yeux sont rouges, qu'il se plaint de cuissons et de démangeaisons.

La conjonctive bulbaire des deux yeux présente une coloration rouge saumon, aux bords interne et externe de la cornée, deux ou trois petites élevures très petites, blanchâtres, dures, épaisses, de moins d'un millimètre, séparées par un intervalle moins large encore donnant à cet endroit de la conjonctive un aspect plissé. Elles n'existaient pas les années précédentes.

La conjonctive palpébrale inférieure présente une inflammation catarrhale simple sans papille, c'est d'ailleurs le diagnostic qu'on avait porté l'année d'avant à la même clinique et dans le même service. Cette année nous fûmes frappés de la coloration typique, et de la présence d'élevures péricératiques.

La paupière supérieure renversée nous montra le bord supérieur du tarse garni de papilles rouges manifestes mais moins prononcées que dans l'observation précédente.

L'interrogatoire nous apprit que depuis 3 ans, au mois de mars, il est pris par sa maladie. « Les grands vents, dit la mère, lui arrachent les yeux. » Elle dure tout l'été, malgré les traitements.

Légère photophobie.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

• *Antécédents personnels.* — L'enfant fut atteint à 4 ans 1/2

de la rougeole et la même année fut opéré de végétations a lénoïdes.

Traitement. — Pointe de feu tous les huit jours. Lavage au sublimé dans l'intervalle. Au bout de six semaines, les élevures sont affaissées, les démangeaisons disparues, l'œil conserve sa coloration particulière. Le malade cesse de venir.

OBSERVATION III

V..., 15 ans, homme, se plaint de sensations de gravier et de cuissons dans les yeux.

OD OC même aspect. Coloration rouge saumon. Un bourrelet de conjonctive épaissie blanchâtre entoure la cornée d'un anneau, à la partie supérieure de celle-ci siège un pannus granuleux avec infiltration de la cornée. L'ensemble représente bien une bague et son chaton, le bourrelet venant se fondre dans le pannus.

Gros vaisseaux conjonctivaux.

Conjonctive palpébrale supérieure. Trachome antérieur à l'affection actuelle.

L'inférieure est couverte de papilles rouges serrées donnant l'aspect du velours rouge grenat. Pas de déformation des bords palpébraux.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole en août 1888; au mois de septembre de la même année ses yeux ont rougi dans les angles, depuis il a toujours mal aux yeux, particulièrement pendant l'été.

Photo phobie plus marquée à la lumière d'une lampe à huile qu'au soleil (observation spontanée du malade), d'autant moins vive que le temps est plus couvert.

Depuis le 8 juillet, cette année, le malade est en traitement en ville pour son nez, rhinite hypertrophique, chez le Dr Etienne.

Traitement.— Pointes de feu. Lavage au sublimé. Amélioration considérable et rapide du bourrelet, du pannus, disparition des cuissons.

OBSERVATION IV

Bon..., 14 ans, homme, pêcheur de profession. OD OB, couleur rouge saumon. Petites élevures formant un bourrelet grisâtre dur, siège au bord externe des cornées, même état mais moins prononcé à la partie interne.

Hypertrophie papillaire du bord supérieur du tarse.

Catarrhe de la paupière inférieure. Yeux collés le matin.

Photophobie légère, mais quand le malade dîne le soir il est tellement gêné par la bougie qu'il interpose entre elle et lui une bouteille.

Rien dans l'hérédité ni dans les antécédents personnels.

L'affection a débuté l'année dernière en août, après avoir passé plusieurs mois sur la rivière, s'est terminée en novembre.

Rien à la gorge ni au nez.

Traitement. — Pointes de feu, sublimé. Amélioration notable. Le malade vient de Montereau toutes les trois semaines. Il est comme guéri, mais conserve une coloration rouge jaune particulière des yeux.

OBSERVATION V

R... Ernest, 12 ans. OD OB couleur rouge saumon des conjonctives. Bord interne et externe bordé d'un épaissement conjonctival lardacé, dur dans une étendue de trois millimètres environ.

Hypertrophie papillaire du bord supérieur du tarse.

Conjonctivite catarrhale. Yeux collés quand le malade a été exposé au vent.

Photophobie légère à la lumière solaire.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant aurait habité longtemps des appartements humides dans une maison neuve. Il y a quatre ans coqueluche. Il tousait encore quand l'affection oculaire s'est manifestée et n'a cessé depuis que pendant l'hiver.

Traitement. — Pointes de feu. Amélioration rapide. Le malade vient cependant nous voir, les bourrelets sont presque affaissés, coloration toujours nette.

OBSERVATION VI

S... Maurice, 16 ans, OD OG sensiblement pareils. Partie externe de cornée, plusieurs tubercules formant petit bourrelet jaunâtre ; même chose de l'angle interne mais bien moins nette.

Coloration rouge saumon. Cornées sont dépolies à la partie supérieure.

Trachôme antérieur à l'affection actuelle, laquelle semble avoir débuté il y a trois ans pendant la grande chaleur par des démangeaisons fort vives comme le malade n'en avait pas encore ressenti, qui diminuent l'hiver, reparaissent au printemps, atteignent leur maximum en août.

Yeux collés le matin.

Photophobie.

Rien au nez ni à la gorge.

Traitement, indiqué amène guérison de la douleur et des tubercules, le malade ne vient plus depuis plusieurs mois.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance du Dr Chevallereau.

M. S... Alphonse, 24 ans, cultivateur de la Nièvre, est atteint d'une conjonctivite printanière ayant débuté il y a 5 ans, au mois de mai. Au début, l'affection durait tout l'été pour disparaître à l'automne. Actuellement, M. S... se plaint constamment de ses yeux. La vue est devenue fort défectueuse, les yeux pleurent sans cesse, sont collés le matin.

La cornée un peu globuleuse surtout à droite est le siège de taies. Les bords surtout en dedans et en dehors sont recouverts par un pli conjonctival, un peu irrégulier et large d'environ 1 millim. 1/2. Le cul-de-sac inférieur de la conjonctive est

lisse, d'une couleur saumonée rose-jaunâtre. En retournant la paupière supérieure, on observe cette même coloration, mais de plus la région tarsienne est couverte de granulations fibreuses, surtout au niveau du bord supérieur du tarse où les granulations ont l'aspect de nombreux polypes aplatis séparés par des sillons profonds.

A l'éclairage ophtalmoscopique, on trouve un astigmatisme irrégulier et une myopie difficile à évaluer plus considérable à droite qu'à gauche. Les membranes profondes de l'œil n'offrent aucune altération. $VOD=1/20$. $VOG=1/6$.

État général très satisfaisant en dehors des nombreuses dents cariées. Le malade ne s'est jamais plaint ni de ses narines, ni de sa gorge, et l'examen de ses organes ne présente rien de particulier.

Vu par le président de la thèse,

PANAS.

Vu : le doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

BROWNER (Bradford). — Vernal Conjunctivitis (Oph. soc.,
6 juillet 1888).

BROCKHAUS. — Thèse inaugurale, 1882.

COUETOUX. — De la conjonctivite printanière. Annales d'oculistique. Mai-juin 1891.

DE WEECKER et MASSELON. — Manuel d'ophtalmologie.

FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie. Paris, 1892.

MAYER. — Traité pratique des maladies des yeux, 4^e édition
Paris, 1895.

NIMIER et DESPAGNET. — Traité élémentaire d'ophtalmologie.
Paris, 1895.

PANAS (M. le professeur). — Traité des maladies des yeux.
Paris, 1894.

SœMISH. — Krankheiten der conjunctiva.

SWAN BURNETT. — Conjonctivite printanière.

A. TROUSSEAU. — Annales d'oculistique.

TETEAU. — Thèse de Paris, 1892.

